Ein Fall

von

Tuboabdominalschwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht

und mit den beigefügten Thesen

öffentlich vertheidigt

Franz Dormann
aus Nievenheim (Rheinprovinz).

MARBURG.
Druck von C. L. Pfeil.
1872.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0182

Herrn

Dr. V. Hüter,

Docent für Gynäkologie und Geburtshülfe

gewidmet

vom Verfasser.

Unter allen Extrauterinschwangerschaften ist die Tubenschwangerschaft, wenn nicht die häufigste, was von verschiedenen Autoren angenommen wird, so doch unstreitig die zweithäufigste. Es kann nicht meine Absicht sein, im Vorliegenden auf die einzelnen von mehreren Seiten statistisch nachgewiesenen, bekannten Facta in dieser Beziehung näher einzugehen, da ich nur allgemein Bekanntes wiederholen würde. Ist doch von so vielen guten Beobachtern: Hecker, Kiwisch, Klob, Heim, Meissner, Scanzoni und andern, die Lehre von der Graviditas extrauterina aufs Umfassendste bearbeitet worden, gestützt auf zum Theil eigene Beobachtungen, zum Theil auch auf die zahlreich in der Litteratur von Anderen mitgetheilten genau beschriebenen Fälle.

Wenn daher auch durch die Mittheilung des nachfolgenden Falles nichts Neues auf diesem Gebiete geliefert wird, so wird er doch in seiner Individualität manches Interesse erregen, zumal es eine Art von Tubenschwangerschaft ist, die nicht gerade sehr häufig in der Litteratur verzeichnet ist, eine Art, welche zuerst nach Dezeimeris, später auch nach Anderen als gesonderte zu betrachten ist, aber meistens zu einfachen Tuben, Tubo-ovarial- oder Abdominalschwangerschaften gerechnet wurde.

Ehe ich über meinen Fall berichte, will ich zuerst die in der Litteratur sicher gestellten Fälle von Tubo-

abdominalschwangerhaft, d. h. insofern sie primär als solche gefunden worden sind, mittheilen, und dies wird wohl, abgesehen von dem Zufalle, wo sich ein Ei in der Nähe eines früher entstandenen Tubenrisses fortentwickelt, nur da der Fall sein, wo das befruchtete Ei sich zwischen den Franzen einer Tuba weiter entwickelt und so entweder schon gleich oder erst später mit dem Bauchfelle theilweise in Berührung kommt.

Den ersten hierhin gehörigen Fall finden wir Bianchi I. c. p. 117. Campbell sagt darüber in seiner Abhandlung über die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, worin sich eine Zusammenstellung der bis zum Jahre 1841 bekannten Fälle von Extrauterinschwangerschaften findet, dass bei einer Frau, die im 5. Monate schwanger war, Empfindungen aufgetreten seien, als hätte sie eine todte Frucht im Leibe.

Später seien ihr per rectum Foetus-Knochen abgegangen und nach ihrem Tode habe man einen Balg an der rechten Muttertrompete gefunden, an dessen Bildung die Franzen dieser Tube Theil nahmen.

Ebendaselbst finden wir unter Ephem. nat. cur. Cent. 7. 8. Obs. 9 folgendes verzeichnet:

In der Leiche einer 24 Jahre alten Frau fand man ein taubeneigrosses Ei, welches theilweise von den Franzen der linken Muttertrompete umfasst wurde.

Campbell citirt diese Fälle als einfache Tubenschwangerschaften, indem er die damals neue Eintheilung der Extrauterinschwangerschaften von Dezeimeris verwerfend, die Tubo-abdominalschwangerschaft als Tubenschwangerschaft ansieht, welche erst später nach Zerreissung der Tube resp. der Eihüllen zur Abdominalschwangerschaft wird. Dass aber in beiden Fällen keine blosse Tubenschwangerschaft vorliegt, geht aus der Angabe hervor, dass die Franzen der betreffenden Tuben nur zum Theil den Eisack

gebildet hätten. Eine Tuben-Eierstock-Schwangerschaft ist aber desswegen auszuschliessen, weil Campbell eine solche als primär anerkennt, und beide Fälle dann hierhin classificirt wären.

Ein ähnlicher Fall, wie die angegebenen, ist von Zinsmeister, Königl. Bayer. Militär-Arzt, beschrieben. Die mir vorliegende Mittheilung sagt:

Eine Frau, 30 Jahre alt, starb an einer Verblutung nach Berstung des Fruchtsackes, der durch das Franzenende der linken Tube theilweise gebildet wurde, im 5. Monate der Schwangerschaft. Im linken, sonst normalen Eierstock fand sich ein corpus luteum.

Das Präparat findet sich im anatomischen Museum zu Würzburg.

Genauere Mittheilungen haben wir über einen Fall von D. P. Fairbairn. Edingb. med. and. surg. Journ. 1842 Januar Seite 71:

Eine Frau R., 37 Jahre alt, von zarter Constitution hielt sich seit Mitte Juni 1841 schwanger. Sie war $7^1/_2$ Jahr verheirathet und hatte vor fünf Jahren zuletzt geboren. Die Erscheinungen in dieser letzten Schwangerschaft waren nicht belästigender, als in den beiden vorigen. Nach ihrer Gewohnheit nahm sie ein über den anderen Tag ein Seebad; bis sie am 17. August nach einem im Bade empfundenen Schrecken sich sehr unwohl fühlte. Sie hatte Schmerzen im Rücken und in der regio iliaca dextra, einen Reiz in der Gebärmutter mit etwas Blutabgang und einem Gefühle, als wenn ein fötus abgehen wollte. Auf ruhige Lage und kühlende Diät fand sie sich am anderen Tage wieder wohler. Am 1. September besuchte sie Fairbairn und klagte über krampfhafte Schmerzen im Leibe mit einem Gefühle von Völle und Empfindlichkeit in der Gebärmuttergegend; sie hatte ferner Uebelkeit, galliges Erbrechen, belegte Zunge und Fieber,

auch war eine Irritation der Blase und des Rectums und Blutabgang aus letzterem zu constatiren. Nach einer symptomatischen Behandlung gaben sich diese Beschwerden bald wieder. Am 13. desselben Monats wurden wegen Blutabgangs aus der Scheide, schmerzhaften Blutharnens und ziemlich heftigen Leibschmerzen eine innere Exploration vorgenommen. Der Muttermund wurde ohne Veränderungen gefunden; es ging eine schleimigblutige Masse ohne Wehen ab. Auch diese Erscheinungen verloren sich, bis sie am 19. September plötzlich sehr heftige Schmerzen im Unterleibe bekam, so dass sie ohnmächtig wurde, ihr Gesicht todtenblass, ihre Pupillen verengt. Die Haut war mit kaltem, klebrigem Schweisse bedeckt; bei schnellem, ungestümen Herzschlag konnte man den Radialpuls nicht fühlen. Der Leib aufgetrieben war bei Druck sehr empfindlich, dabei Uebelkeit und Erbrechen. Patientin war übrigens bei vollem Bewusstsein. Sie starb noch am selben Abend.

Bei der Section fand man eine grosse Menge dunkler Flüssigkeit mit geronnenem Blute, nach dessen Entfernung sich über der Blase eine knotige, faustgrosse Geschwulst zeigte. Die Wandung war von verschiedener Dicke, an einigen Stellen war sie fest, solid, fleischig, an anderen dünn, zart, durscheinend, so dass man die Umrisse eines Fötus darin erkennen konnte. Bei vorsichtigem Aufheben fand man den Sack mit der linken Tube im Zusammenhang, während der Uterus sich in natürlicher Lage befand. Der Fruchtsack, der einen männlichen Fötus von etwa 3 Monaten enthielt, war zum Theil aus den Fimbrien der linken Tuba, zum Theil durch eine Lage des ligament. lat. und zum Theil durch eine zufällige Membran, die sich durch einen entzündlichen Reiz während der Entwickelung des Eis gebildet hatte, zusammengesetzt. Die Placenta sass am oberen, vorderen Theile des Sackes. Die Hämorrhagie war durch zwei Risse des Eisackes erfolgt. Die

linke Tuba 4″ lang, war durchaus unwegsam, das abdominale Ende beträchtlich erweitert und die Fimbrien reichen deutlich sichtbar eine ziemliche Strecke über die Geschwulst. Das linke Ovarium enthält ein corpus luteum, ist aber sonst normal; das rechte dagegen ist verhärtet und vergrössert. Der Uterus ist 5″ lang, zwischen den Ansätzen der lig. lat. 3¼″ breit, die Wände über einen halben Zoll dick; er war mit einer dicken Decidua ausgekleidet und durch einen Schleimpfropf verschlossen.

Binet berichtet, union. médic. Nr. 31, über einen Fall von Extrauterinschwangerschaft, der auch wohl speciell zu der Tubo-abdominalschwangerschaft zu rechnen ist.

Eine Frau von 32 Jahren hatte zum ersten Male vor 10 Jahren glücklich geboren; im August 1851 glaubte sie sich, obgleich die menses fortdauerten, wieder schwanger. Im October traten plötzlich Schmerzen in der rechten Seite und hypogastrium ein, die als Symptome einer Peritonitis aufgefasst und bekämpft wurden. Nach 4 Wochen war sie genesen, nur traten die Schmerzen periodisch noch mal auf und es bestand fortwährend Harndrang. Patientin fühlte im Februar und März deutliche Kindsbewegungen, und im April traten auch wehenähnliche Schmerzen ein. Die Schmerzen mehrten sich anfangs, um dann nach einer nochmaligen sehr heftigen Bewegung des Fötus vollends zu schwinden. Am folgenden Tage trat Fieber ein, Delirien, grosse Empfindlichkeit des Leibes und galliges Erbrechen. Nach einer symptomatischen Behandlung besserte sie sich und blieb die folgenden 2 Jahre leidlich wohl. Endlich im September 1854 stellten sich wieder Schmerzen ein, Auftreibung, Verdauungsstörungen, Erbrechen. Man punktirte und entleerte eine erbsenbreiähnliche Masse mit Gehirn und Haaren vermischt; die gastrischen Störungen schwanden, traten aber nach erneuter Anschwellung des Leibes wieder auf. Nach mehrfach wiederholten Punktionen

wurde sie in's Hospital aufgenommen mit folgendem Status:

Ansehen bleich, erdpfahl, Augen hohl, vollständig abgemagert, heisse Haut und kleiner frequenter Puls, der Bauch ist aufgetrieben, gespannt, tympanitischer Ton, undeutliche Fluctuation, in der Tiefe Gefühl von Crepitation, der Uterus wird vergrössert und antevertirt gefunden, der Muttermund ist schwer zu erreichen, etwas klaffend. Vom Mastdarm aus ist die Untersuchung schmerzhaft, man fühlt oberhalb des Uterus eine harte bewegliche Geschwulst mit deutlicher Crepitation und Fluctuation. — Es wurde noch eine Punktion, dann ein Kreuzschnitt gemacht, wodurch Fötusknochen entfernt wurden. Die Kranke starb am selben Tage.

Section: Die Eingeweide sind vielfach verklebt, Uterus vergrössert, leer, antevertirt, nach vorn frei, nach hinten mit der Cyste verwachsen. Die rechte Tuba ist hypertrophirt, 18 Cm. lang, die Franzen ausstrahlend verbinden sich mit den Wänden eines grossen Sackes; eine Sonde geht unmittelbar vom Uterus durch die rechte Tuba n den Sack. Die Fötalcyste ist mit den anliegenden Gebilden verwachsen und hat 2 Einrisse. Dieselbe enthält kurze Knochen und häutige Fetzen; nirgends eine Spur der Placenta.

Ueber einen ferneren hierher gehörigen von Martin beobachteten Fall berichtet Bonfils: Bullet de la soc. anat. de Paris Avril p. 181:

Eine Frau hatte anfangs Schmerzen in der unteren Bauchgegend, bald gesellten sich zu diesen Convulsionen, Erbrechen, grosse Empfindlichkeit und Aufgetriebensein des Bauches und es zeigte sich über dem rechten lig. Fallop. eine orangengrosse Geschwulst. Durch den Explorativ-Trocar, der wie man deutlich fühlte, in eine Höhle drang, wurde blutiges Serum entleert. Es entstand Peri-

tonitis und die Kranke starb. Die betreffende Geschwulst bewiess sich als Eisack, die mit dem Franzenende der rechten Tube zusammenhing und einen Fötus von $2^1/_2$ Monaten enthielt.

Bonfils sagt in seinem Berichte, dass es sich im vorliegenden Falle ohne Zweifel um eine Tubo-abdominalschwangerschaft handle. Leider fehlen genauere anatomische Angaben, um dies zu erläutern.

Bei einem 18jährigen Mädchen in Bahia traten Mitte Januar 1858 Zeichen der Gravidität ein. Die Menses kehrten noch einige Male wieder, waren aber spärlicher. Es traten heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite auf. In den ersten Tagen des Juli spürte sie Kindsbewegungen. Es verging ein ganzes Jahr ohne bedeutendere andere Erscheinungen, bis eben im Juli 59 starke Diarrhö, Bauchschmerzen und heftiges Erbrechen eintrat. Durch einen Bauchschnitt wurde aus einem Sacke, der keine Oeffnung hatte, ein wohlentwickelter Fötus herausgeholt. Die Operirte starb an Peritonitis. Der mir zugängige Bericht — L'Un. medic. 24. April 1869 — schliesst mit der Angabe „das Innere des Sackes zeigte sich schwarz, gangränös mit trüber Flüssigkeit gefüllt, die Basis desselben war an dem rechten Tubenende, so dass sich der Fall als gravid-extra-ut-tubo-abdominal kund gab."

Sehr interessant ist ein von Cook Mon. f. Geb. XXIII. p. 316 1863 mitgetheilter Fall von Tubo-abdominalschwangerschaft, die neben einer Intrauterinschwangerschaft bestand. Ich will den Sachverhalt kurz mittheilen.

Die betreffende Frau hatte dreimal geboren und ihre vierte Schwangerschaft war nicht von bedeutenderen Beschwerden begleitet als die früheren. Bei der Geburt war der Bauch besonders links vom Nabel ausgedehnt. Die Anschwellung war mehr umschrieben und runder, als

bei gewöhnlicher Schwangerschaft. Die Kindestheile waren deutlich zu palpiren, das Uteringeräusch über einem grossen Theil des Tumor's auffallend laut, ausserdem waren 2 Gruppen fötaler Herztöne zu hören. Am anderen Tage fand man bei heftigen Wehen in der Kreuzbeinhöhlung eine runde, feste, resistente Geschwulst, welche nicht fluctuirte und keine Beweglichkeit zeigte. Sie verlegte den Beckeneingang so, dass man zwischen ihr und Schamfuge kaum 2 Finger einführen konnte. Der Muttermund war nicht zu fühlen, wohl aber ein kleiner Theil des kindlichen Schädels über der Symphyse. Der Tumor wurde in der Chloroformnarcose aus dem Becken geschoben, das Kind gewendet und extrahirt. Am 2. Tage starb die Frau an Erschöpfung. Die Section wurde vorgenommen und man fand einen ausgetragenen weiblichen Fötus in unverletzten Eihäuten. Die vordere und äussere Fläche des Chorion war glatt und lag dem Bauchfelle an. Die Placenta lag an einer von den vergrösserten und ausgedehnten Fimbrien der rechten Muttertrompete gebildeten Kapsel, welche durch zahlreiche Adhäsionen fest mit dem Peritoneum verwachsen war. Unterhalb des Eisackes lag der Uterus gut contrahirt und unverletzt. Im Bauchraum fand man flockiges Exudat.

Sehr gut und anatomisch genau ist ein Fall von Tubo-Abdominalschwangerschaft von Wagner, resp. Hecker beschrieben. (Monatsschrift f. Geb. Band IX. Heft II):

Eine Frau von 38 Jahren wurde unter den Symptomen einer subacuten Peritonitis in das Danziger Krankenhaus aufgenommen. Sie war seit 15 Jahren verheirathet, hatte vor 2 Jahren ihr erstes Kind geboren und war bis vor 2 Monaten ganz gesund gewesen. Die Menses waren seit jener Zeit nicht mehr regelmässig eingetreten und von abnorm wässeriger Beschaffenheit. Ende Juni hatten

sich, nachdem Fieber einige Zeit vorher eingetreten war, heftige, hauptsächlich auf die Magengegend concentrirte Schmerzen eingestellt, die häufig von Erbrechen begleitet, bis zu ihrer Aufnahme ins Krankenhaus fortwährend anhielten, aber seit 2 Tagen sich mehr auf die linke regio iliaca beschränkten. Auch hatte während der ganzen Zeit ihres Krankseins ein wässeriger Ausfluss aus den Geschlechtstheilen stattgefunden. Eine vorgenommene Untersuchung liess Folgendes constatiren:

Die Temperatur der Haut war mässig erhöht, Puls beschleunigt und klein, Zunge dick, gelblich belegt und trocken. Brustorgane gesund. Der Bauch war etwas aufgetrieben und in der Magengegend bei Druck sehr schmerzhaft, ohne dass sich dort etwas Abnormes constatiren liess; nach rechts nahm die Schmerzhaftigkeit ab und ist dort tympanitischer Percussionsschall. Grösser waren die Schmerzen in der fossa iliaca, auf den leichtesten Druck klagte die Kranke über einen sehr heftigen Schmerz. Bei tieferem Drucke fühlt man in dieser Gegend eine harte, kugelförmige, circa $2^1/_2$" über das Schambein nach links und oben hervorragende Geschwulst durch und giebt die Percussion gedämpften Schall. Die portio vaginalis fand man bei der inneren Untersuchung hochstehend und nach hinten gerichtet; der äussere Muttermund ist etwas klaffend, doch nicht für einen Finger durchgängig. Eine Geschwulst kann durch das sehr empfindliche rechte Scheidengewölbe nicht durchgefühlt werden. Die geschilderten Symptome änderten sich bei geeigneter Behandlung wenig; die Schmerzen nahmen vielmehr immer mehr zu und nach und nach wurde die Kranke schwächer, bis sie am 5. Tage nach der Aufnahme vor Erschöpfung starb. Bei Eröffnung der Bauchhöhle fand man ungefähr 3 Pfund flüssiges Blut, welches allen Eingeweiden bis zum Nabel festanklebend diese umhüllte. Nach Entfernung desselben

fand man in der linken fossa iliaca eine weiche, unregelmässig ovoide Geschwulst, welche $3^1/_2$″ hoch, $2^1/_2$″ breit und 2″ dick im Zusammenhang mit den umliegenden Organen sorgfältig herausgenommen wurde. Bei Eröffnung der Geschwulst, die man als einen Fruchtsack erkannte, fand man einen ziemlich wohl erhaltenen Fötus, welcher ringsum mit Faserstoffschichten umgeben war. Die Nabelschnur, welche aus den Umhüllungsschichten heraustrat, war ca. 4″ lang und mit wenigen, aber deutlichen Windungen versehen. Sie inserirte sich in der Nähe der künstlichen Oeffnung, ohne dass dort ein einer Placenta ähnliches Gebilde aufzufinden war. Die hintere Wand des Eisacks war durch die veränderten Blutcoagula sehr verdickt und betrug wohl an einigen Stellen $1^1/_2$″.

In den hinteren Theil dieser hinteren Wandung sah man die linke Tuba deutlich eintreten. Vom Uterus konnte man mit einer feinen Sonde bis in den Fruchtsack gelangen. Da jedoch nichts aufzufinden war, was für das franzige Ende gehalten werden konnte, so musste man annehmen, dass dieser Theil der Tuba in den Wandungen des Tumors aufgegangen sei. Hinter der Trompete nach innen vom Fruchtsack und nicht mit diesem im Zusammenhang lag das linke normale Ovarium mit einem deutlichen breiten corpus luteum. Der Uterus war bedeutend vergrössert: $3^3/_4$″ lang, $2^1/_4$″ breit zwischen den Tubenmündungen. Die Wandung war an dieser Parthie 3‴ dick. Er war von einer exquisiten Decidua ausgekleidet, und der Cervix mit einem ziemlich fest anhaftenden gelatinösen Schleimpfropf angefüllt.

Die rechte Tube und Eierstock dieser Seite sind normal.

Weniger genau ist der von Eckhardt (Allg. Wien. Med. Ztg. 41. 1864) mitgetheilte Fall:

Seine Kranke machte die volle Schwangerschaftszeit durch; dann trat Tod der Frucht, deren Verjauchung und

Perforation nach dem Darm ein. Die Person starb an Erschöpfung und man fand den Uterus an der vorderen Seite des Fruchtsackes liegen. Die linke Tube war mit letzterem unentwirrbar verschmolzen und nur 3‴ weit vom Uterus zu verfolgen, die Sackwand war 1′ bis Handbreit dick, an der dicksten Stelle im linken Hypochondrium konnte an einzelnen Stellen Placentargewebe nachgewiesen werden. Adhäsionen bestanden nach rechts mit dem Darm, nach hinten mit dem Mesenterium. Im Sacke lag ein Fötus mit Jauche bedeckt.

Wenn ich den folgenden Fall noch kurz mittheile, so muss ich hinzufügen, dass der Referent zwar die Möglichkeit einer Graviditas Tubo-abdominalis annimmt, aber eher geneigt ist zu glauben, dass das befruchtete Ei von vornherein in den Douglas'schen Raum gefallen ist und sich dort weiter entwickelt habe.

Eine Frau, 34 Jahre alt, von leidendem Aussehen, wurde wegen heftigen Leibschmerzen und Urinbeschwerden in die Pariser Charité aufgenommen. Man fand den Uterus vergrössert, unbeweglich, bei stärkerem Druck gegen den unveränderten Cervix sehr schmerzhaft; vor ihm eine weiche fluctuirende, ausgebreitete Geschwulst, welche von der Blase auszugehen schien, hinter ihm ebenfalls ein runder, ausgedehnter Tumor, der bei Berührung sehr schmerzte, so dass die Exploration per rectum unmöglich wurde. Seit mehreren Tagen hatte Patientin einen übelriechenden, blutigen Ausfluss aus der Vagina und Diarrhö. Zweimal fand man in den Unterlagen einen dunkelschwarzen, stinkenden mit Koth untermischten membranösen Detritus. Nachdem sie 2 Anfälle von Peritonitis glücklich überstanden, erlag sie endlich einem dritten Anfalle, geschwächt durch Diarrhöen und Ausflüsse aus der Vagina. In der Leiche fand man eine hühnereigrosse Geschwulst im Douglas'schen Raume unter Zeichen alter und frischer peri-

tonitischer Adhässionen, die Wandungen derselben waren verdickt. Im Inneren der Geschwulst, der also ein Fruchtsack war, lagen zerfallene Bestandtheile eines Fötus. Die Höhle communicirte durch eine kleine, fistulöse Oeffnung in ihrer hinteren Wand mit der Scheide. Uterus, rechte Tuba und rechter Eierstock normal. Die linke Tuba erweitert sich bald nach ihrem Abgange vom Uterus zu einem Lumen von Gänsefederdicke und communicirt durch eine weite Oeffnung mit der Cyste, ihre Wandungen sind verdickt und die Schleimhaut chronisch entzündet. Das linke normale Ovarium adhärirt an der linken Seite der Cystenwandung. Die Schleimhaut des Rectum's ist auch chronisch entzündet und es findet sich auch zwischen diesem und Cyste eine grosse Communication. (Velpeau gaz. des hopit. Nr. 97. August 1856.)

Da ich keine Fälle mehr von Tubo-Abdominalschwangerschaft in der mir zu Gebote stehenden Litteratur vorfinde, obschon noch manche Fälle, wie schon oben erwähnt, hierhin zu zählen sind, bestimmte Angaben besonders in Bezug auf die anatomischen Verhältnisse aber fehlen, so will ich nunmehr den nachfolgenden von mir zum Theil mit beobachteten Fall mittheilen.

Frau Maria Sch., 43 Jahre alt, aus Marburg, soll nach Angabe ihres Mannes stets gesund gewesen sein und ihren Geschäften — sie ist Frau eines Tagelöhners — immer vorgestanden haben, selbst schwere Arbeiten hat sie ohne üble Folgen verrichten können. Ihre Menses waren immer regelmässig aber profus, über 8 Tage andauernd und von dysmennorhoischen Beschwerden eingeleitet. Die erste Schwangerschaft verlief ohne jegliche Störung und gebar sie am berechneten Ende der Schwangerschaft ein todtes Kind. Der Geburtsact ging leicht von Statten. Ebenso soll die zweite Schwangerschaft normal gewesen sein und

war das rechtzeitig geborene Kind stark entwickelt, wie auch das vorige. Es wurde leicht geboren, starb aber nach 36 Stunden. Die dritte Schwangerschaft wurde in der Hälfte unterbrochen. Die vierte und fünfte Schwangerschaft war normal und leben die Kinder, 2 kräftige Knaben, bis heute; der jüngste ist 6 Jahre alt. In Bezug auf die letzte Schwangerschaft ist noch zu bemerken, dass vor der Geburt mehrmaliger geringer Blutabgang aus der Vagina eintrat, ohne Einfluss auf die Schwangerschaft in irgend welcher Beziehung zu haben.

So sind die Angaben des Mannes, die erst nach dem Tode der Frau von mir aufgenommen wurden. Genaueres zu inquiriren war nicht möglich.

Obengenannte Frau Sch. stellte sich am 19. August 1871 zur Behandlung bei Dr. Hüter ein und klagte, dass sie 8 Wochen nicht mehr menstruirt sei, die Menses also einmal ausgeblieben seien; dagegen habe sie seit drei Wochen täglich einen einmaligen schmerzhaften Blutabgang aus den Genitalien; überhaupt sei der Unterleib so schmerzhaft, dass sie selbst nicht den geringsten Druck ertragen könne.

Befund: Patientin ist eine grosse, schlanke Figur von starkem Knochenbau, welker Haut und hat anämisches Aussehen; kurz sie macht den Eindruck eines heruntergekommen Individuums.

Die vorgenommene innere Untersuchung ergab Folgendes:

Die Vaginalportion ist geschwollen, weich, das Orificium externum klaffend, der Cervicalcanal nicht für einen Finger durchgängig. Uterus in situ normali, vergrössert, 2 bis 3 Finger über der symphyse durchzufühlen, welche Manipulation so schmerzhaft ist, dass von einer genaueren Untersuchung für jetzt Abstand genommen wird. Es wurde, da eine Schwangerschaft mit drohendem Abortus

angenommen wurde, der Frau ruhige Lage im Bette anempfohlen und zur Linderung ihrer Schmerzen eine Morphium-Mixtur verschrieben.

Am 21. desselben Monats kam Patientin wieder und gab an, dass sie zwar Linderung ihrer Schmerzen aber noch immer Blutabgang habe. Rcp. id.

Da der Patientin das Bett zu verlassen verboten wurde, sie selbst sich auch sehr schwach fühlte, wurde sie vom genannten Tage an in ihrer Wohnung besucht. Bis zum 2. September wurde täglich Morgens und Abends eine Morphium-Injection in der unteren Bauchgegend gemacht. Der Unterleib blieb meteoristisch aufgetrieben. Gegen eingetretene Obstipation wurde wiederholt ein Löffel Ol. Ricin. gereicht. Bei der ruhigen Lage sistirte der Blutabgang am 26. August bis zum 2. September.

In der Nacht aber vom 2.–3. September ging wieder eine grössere Menge Blut unter Schmerzen ab; das Blut war dünnflüssig, dunkel gefärbt ohne beigemengte Coagula. Die Blutung hört am 3. Vormittags von selbst wieder auf. Es wird Elix. Acid. Haller. 5,0 2stl. 5 Tropfen in Wasser zu nehmen verordnet.

Seit dieser Zeit klagt die Person über Druck in der Magengegend und an den nächsten Tagen stellt sich Morgens mehrmals Erbrechen ein. Die Morphium-Injectionen werden wieder fortgesetzt.

Am 6. September: 120 Pulse, kein Appetit, heftiges Erbrechen. Wegen mehrtägiger Obstipation wird ein Abführmittel verordnet, worauf eine reichliche Entleerung von Fäcalmassen erfolgt und zugleich der Meteorismus so abnimmt, dass eine Palpation des Leibes leichter möglich ist. Es wird ein Tumor, welcher für den schwangeren Uterus gehalten wird, in der unteren Bauchgegend etwas nach links gefühlt; die Kranke klagt dabei über grosse Schmerzen. Per rectum ist nur der vergrösserte Uterus

zu fühlen. In der letzten Nacht ging wieder eine beträchtlichere Menge Blut ab, ohne dass auch jetzt ein Coagulum zu finden gewesen wäre. Die Behandlung war dieselbe wie vorher. Der Blutabgang cessirte dann wieder mehrere Tage, trat aber in der Nacht vom 14. auf 15. September wieder ein, von häufigerm Erbrechen und Schmerzen im Unterleib begleitet. Der Leib ist meteoristisch aufgetrieben. Patientin ist sehr schwach, hat einen kleinen Puls von 120 — 130 Schlägen.

Da der Abortus nicht mehr zu hemmen zu sein scheint, wird am Abend des 16. Septembers ein Pressschwammkegel in den Cervicalkanal geschoben und durch ein Baumwolletampon von der Vagina aus in seiner Lage befestigt. Morphiuminjection.

Am folgenden Tage wird der Pressschwamm entfernt, der obere Theil des Cervicalkanals ist noch nicht durchgängig für den Finger; es wird daher ein neuer gelegt und wieder durch einen Baumwolletampon in der Lage erhalten. Der Abgang von flüssigem Blut war gering.

Abends 8 Uhr Entfernung des Pressschwammes. Der Zeigefinger dringt mit der Spitze in das cavum uteri ein. Dieser wird soweit leer gefunden. Ein Entgegendrängen von Aussen ist wegen der grossen Schmerzhaftigkeit der unteren Bauchgegend nicht möglich und desshalb der Zeigefinger an weiterem Vordringen gehindert.

Um den Blutverlust nicht stärker werden zu lassen, wird die Tamponade der Vagina erneuert und gegen die Schmerzen eine Morphiuminjection gemacht.

Am 18. desslben wird die Tamponade wieder entfernt, der Blutabgang ist sehr gering. Der Cervicalkanal ist nicht mehr durchgängig für den Finger.

Am 20. ejusd. wurde Vormittags die Tamponade erneuert, wegen einer heftigeren Metrorhagie. In dem Blute fand sich ein kleines Stück einer Membran, welche ihrer sieb-

förmig durchlöcherten Beschaffenheit wegen als ein Stück Decidua angesprochen wurde. Die Schmerzen und der Meteorismus dauerten an; ausser zweimaligen Morphiuminjectionen wird vom 22. September täglich die Vagina mit Baumwolle tamponirt. Die Tamponade hat indessen nicht verhindern können, dass fortwährend wenn auch wenig flüssiges Blut abging. Es wurde desshalb eine verdünnte Lösung von liqu. ferr. sesquichl. mittelst eines elastischen Katheters, der leicht in die Uterushöhle eindringt, injicirt und gleich darnach tamponirt. In Folge dessen schwieg die Blutung, um nach einigen Stunden mit allen Begleiterscheinungen wieder aufzutreten. Dies Verfahren wurde einige Tage wiederholt, trotzdem schweigt die Blutung nur höchstens 2 Stunden. Gegen den Collaps der Frau wird Wein, Bouillon mit Ei etc. gegeben; zudem Spirit. sulf. aeth. 2stl. 15 Tropfen.

Ausser den ziemlich heftigen Schmerzen im Unterleib und dem zeitweilig auftretenden Erbrechen klagt die Kranke über Kopfweh, Ohrensaussen und viel Durst. Der Puls ist klein. 130 Frequenz.

Vom 30. Septbr. werden die Injectionen von liqu. ferr. sesquichl. als erfolglos ausgesetzt, und man beschränkt sich bei dem schlechten Ernährungszustande der Patientin auf möglichst kräftige Nahrung und subcutane Morphiuminjectionen, um die Schmerzen wenigstens etwas erträglicher zu machen.

In den ersten Tagen des October ist in dem Befinden der Kranken keine Veränderung eingetreten. Es wird, um energischer gegen den Collapsus zu wirken, eine arterielle Transfusion in Aussicht genommen. Doch, ehe sie ausgeführt wird, ist am 7. October Morgens der Zustand ein wesentlich veränderter geworden. Die Frau gibt an, ein Gefühl gehabt zu haben, als wenn in ihrem Leibe etwas geborsten sei, worauf gleich heftiges Erbrechen auf-

trat. Die Gesichtszüge sind entstellt, die Respiration sehr beschleunigt, der Puls sehr klein und frequent, der Leib sehr stark aufgetrieben und an allen Stellen sehr empfindlich. In beiden Lumbalgegenden ist der Percussionston gedämpft. Der Leib wird mit Collodium bepinselt und 3 stdl. eine Morphiuminjection gemacht. Das Erbrechen ist fast anhaltend und heftig und wird durch Darreichung von Eispillen nur wenig gemässigt. Die Frau lebte in diesem kläglichen Zustande unter Anwendung aller zu Gebote stehenden Mittel bis zum Morgen des 9. October, wo sie gegen 5 Uhr Morgens starb.

Nach Einwilligung des Mannes wird am 10. c. von Prof. Dr. Langhans die Section vorgenommen. Da diese in einem kleinen, ziemlich dunkelen Zimmerchen der Verstorbenen Statt haben musste und auch andererseits eine Total-Section ohne besonderes Interesse war, beschränkte man sich auf die Eröffnung des Bauches, dessen Decken äusserst stark vorgewölbt, ganz prall gespannt waren. Beim Einschneiden floss sogleich eine dunkelrothe, klare Flüssigkeit aus. Die Menge der in der Bauchhöhle enthaltenen Flüssigkeit war sehr gross und füllte wohl einen mässig grossen Eimer. Blutcoagula finden sich nur spärlich und zwar im Boden der Bauchhöhle; eiterige Beimengungen waren nicht mit Sicherheit zu constatiren. Die Gedärme waren verklebt durch dünne fibrinöse Auflagerungen, besonders diejenigen Darmschlingen, die in der Nähe des Beckeneinganges lagen. In der rechten Seite der Bauchhöhle befand sich ein Embryo mit einem Nabelschnurstück von ca. 4 Cm., seiner Entwickelung nach über 12 Wochen alt. Die obere Beckenapertur war vollständig durch einen Tumor eingenommen, der mit dem peritoneum pariet. rundum aber locker verwachsen war, so dass die Adhäsionen mit dem Finger ziemlich leicht getrennt werden konnten. Das Peritonäum war leicht verdickt und stark injicirt. Der als Fruchtsack erkannte Tumor hatte rechts

oben einen ca. 10 Cm. langen Riss, wodurch der Embryo ausgetreten war. Erst nach Lösung und Hebung des Fruchtsackes fand man den stark hypertrophirten Uterus unten etwas nach links liegen.

Da eine genauere Untersuchung der Umstände wegen in loco nicht gemacht werden konnte, wurde mit Erlaubniss des Mannes der Uterus nebst Fruchtsack behutsam herausgenommen und später genauer untersucht. Das Ergebniss war folgendes:

Uterus hypertrophirt, seine Wand am Fundus 2 Cm. dick, am Cervix über $1^1/_2$ Cm. Die Schleimhaut grenzte sich deutlich als saftreiche, aufgelockerte Haut von der Muscularis ab und war mit trüben, grauröthlichen eiterartigen Massen bedeckt. Der rechte Eierstock und die rechte Tube sind abgesehen von dem peritonitischen Belag normal. Auf der linken Seite vom Uterus mit ihr in Verbindung durch die linke Tuba liegt der Fruchtsack. Die Sonde gelangt durch die Tube vom Uterus aus leicht bis in die Placentarsselle des letzteren. Die Uterinalehälfte der linken Tube von normaler Weite verläuft ziemlich gerade seitwärts, um in die sehr stark erweiterte Ampulle überzugehen. Letztere ist in mehrere spitzwinkelige Biegungen gewunden und begibt sich an den unteren Theil des Fruchtsackes, an welchem die besondere Wand der Tube nur in der nächsten Umgebung nachzuweisen ist. Die Schleimhaut der Tube ist im dilatirten Theile sehr stark in Falten gelegt, welche ihr Lumen vollständig erfüllen, im Uebrigen von normalem Aussehen.

Das linke Ovarium ist normal, liegt frei und hat ein corpus luteum.

Die Eihäute des Fruchtsackes verhalten sich folgendermassen: Ihre Oberfläche ist mit Adhäsionen bedeckt, bildet namentlich an der Placentarstelle eine dünne gelbliche, leicht opake Schicht, unter welcher das blutleere, blasse Gewebe der placenta foetalis zu Tage kommt.

An letzterem ist ausser der Anämie nichts Abnormes zu constatiren. Die Placenta ist durch Blutcoagula mächtig verdickt. Das reine Placentargewebe ist über 1 Cm. dick und von einem Durchmesser von 10 Ctm. An ihr ist der Rest der Nabelschnur noch 13 Cm. lang. Die Placentarstelle befindet sich da, wo das Franzenende der Tube in die Wandung des Eisackes übergeht.

Die fötalen Eihäute erscheinen normal, nur stark durch geronnenes Blut in die Eihöhle hinein vorgewölbt. Der Einriss geht zur Hälfte durch das Placentargewebe zur anderen Hälfte durch Chorion, Amnion und das dünne bindegewebige Lager, welches letztere deckt.

Ohne Zweifel handelt es sich also hier um eine Tuboabdominalschwangerschaft und es war auch in diesem Falle die linke Tube der Ort der Fortentwickelung des befruchteten Eies, welche ja, wie die Casuistic zeigt, weit häufiger Sitz der Tubenschwangerschaft ist, als die rechte. Es ist dies eine Thatsache, die nach Hecker ihren Grund in acut oder ganz subacut verlaufenden partiellen Peritonitiden der fossae iliacae mit nachfolgenden Adhäsionen hat; welche eben überwiegend häufiger links als rechts auftreten sollen (Virchow).

Auch ich bin geneigt, die obenerwähnten spitzwinkeligen Biegungen am abdominalen Ende der linken Tube, ehe sie in den Fruchtsack übergeht, als Folge einer solchen möglicher Weise unscheinbar abgelaufenen Peritonitis vor der letzten Conception aufzufassen, die die weitere Fortbewegung des Eies nach dem Uterus unmöglich machten, muss aber gestehen, dass an dem herausgeschnittenen Präparate nicht mit voller Sicherheit alte Adhäsionen gefunden wurden.

Wie meistens, so ist auch in diesem Falle eine längere Pause von 6 Jahren zwischen der letzten normalen Schwangerschaft und dieser extrauterinen Conception eingetreten. Auch sind die sympatischen Veränderungen des

Uterus als nicht gerade seltene Begleiterscheinung in unserem Falle wohl zu beachten.

Die von Anfang bestandene Schmerzhaftigkeit des Unterleibs beruhte jedenfalls auf der schon früh aufgetretenen Reizung des Peritonäums bei Bildung des Fruchtsackes, und die fortwährenden Blutungen waren wohl durch den zufälligen Sitz der Placenta an der Ausmündungsstelle der Tuba bedingt, da ja eine vom Uterus her eingeführte Sonde direkt in das Gewebe der Placenta drang.

Der Tod der Patientin trat in Folge der peracuten, diffusen Peritonitis nach Berstung des Fruchtsackes und Erguss von Flüssigkeit in die Bauchhöhle ein, obschon auch der Collaps der Frau an und für sich schon sehr bedenklich war.

Werfen wir zum Schluss einen Ueberblick auf die oben verzeichneten Fälle, so lässt uns leider die mangelhafte und aphoristische Mittheilung über die meisten, nur einen Vergleich zwischen der Dauer der Schwangerschaft dieser Art zu. In 5 Fällen finden wir, dass die Tuboabdominalschwangerschaft nicht nur ihre volle Zeit, sondern sogar darüber dauerte, dagegen in 7 Fällen in den ersten 5 Monaten unterbrochen wurde. Es scheint mir dies von der grösseren oder geringeren Betheiligung der Tuba abzuhängen, in derart nämlich, dass bei grösserer Betheiligung der Tube die Tuboabdominalschwangerschaft mehr den Charakter einer Tubenschwangerschaft, bei geringerer den der einfachen Abdominalschwangerschaft annimmt, im ersten Falle also früh höchstens bis zum 5. Monate unterbrochen wird, im anderen ihr normales Ende und darüber erreichen kann.

Ob hieraus in therapeuthischer Beziehung ein Schluss zu ziehen ist, müssen fernere Beobachtungen zeigen.

Thesen.

I.

Die besonders von französischer Seite empfohlene Punktion bei tympanitis intestinalis ist nur auf sehr wenige Fälle zu beschränken.

II.

Die Gastrotomie bei Extrauterinschwangerschaften ist nur bei lebendem und lebensfähigem Kinde zu gestatten.

III.

Die schädliche Nebenwirkung der Lister'schen Methode bei Anwendung der Carbolsäure gibt keine Contraindication gegen ihre Anwendung.

Franz Joseph Dormann, geboren zu Nievenheim (Rheinprovinz) von den katholischen Eltern, Arnold Dormann und Anna Maria, geb. Bahn, besuchte, nachdem er das Zeugniss der Reife über seine Gymnasialbildung erhalten hatte, die Universitäten Würzburg, Bonn und Marburg. Auf letzterer Hochschule bestand er Sommer 1869 das tentamen physicum und Winter 1871 — 72 das Staatsexamen. Er besuchte die Vorlesungen resp. Kliniken der Herren Professoren und Docenten: Bezold, Hasse, Kölliker, Kraus, Narr, Recklinghausen, Scherer, — Binz, Busch, Doutrelepont, Obernier, Rühle, Rindfleisch, Saemisch, Veit, — Beneke, Carius, Claus, Dohrn, Hüter, Langhans, Lieberkühn, Mannkopf, Nasse, Roser, Schmidt, Wagener, allen meinen Dank.